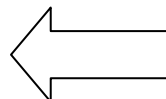


Schön Klinik Tagesklinik Hamburg
Tagesklinik für Psychotherapeutische Psychiatrie
Weidestraße 122 B / Osterbekstraße 90 B
22083 Hamburg



**Bitte an nebenstehende
Anschrift ausgefüllt
zurücksenden**

Fax: 040 6964602-211
oder
TagesklinikHamburg
@schoen-klinik.de

Anmeldebogen Psychiatrische Tagesklinik

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort _____

Krankenkasse: _____

Telefon: Festnetz, Mobil: _____

E-Mail: _____

wird von der Tagesklinik ausgefüllt

Datum, Eingang med. Prüfung: _____ 0 PPTK 0 APTK

Fragebogen gesichtet von: _____ Datum: _____

Vorgespr.: Dat.: _____ Therapeut: _____

Sonstiges: _____

Aufnahme: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Entscheidung für eine psychotherapeutischen Behandlung ist ein umfangreiches Vorhaben, das gründlicher Vorbereitung und Diagnostik bedarf. Damit wir uns ein genaues Bild von Ihrem Befinden machen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig auszufüllen. Ihre Aussagen sind eine wichtige Quelle für die Diagnose, erleichtern das Erkennen der Problemzusammenhänge und sind notwendig für die Therapieplanung.

Viele der folgenden Fragen sind sehr persönlich. Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft; es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

I. Angaben zu den Beschwerden / soziodemographische Fragen

1. Unter welchen seelischen Beschwerden leiden Sie zur Zeit?

- _____ seit: _____
- _____ seit: _____
- _____ seit: _____

2. Welche körperlichen Krankheiten bestehen oder bestanden?

- _____
- _____
- _____

3. Wie ist Ihr aktueller Familienstand? Ihr Geschlecht?: _____

0 ledig 0 verheiratet 0 getrennt lebend 0 geschieden 0 verwitwet

4. Wie ist Ihre aktuelle Lebens- / Wohnsituation?

0 allein 0 mit Partner 0 allein mit Kinder(n) 0 mit Eltern 0 in Institution

5. Haben Sie Kinder? Alter / Geschlecht _____

0 keine Kinder _____

6. Ihr Gewicht und Ihre Körpergröße? Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

7. Wo sind Sie geboren?

0 Deutschland anderes Land: _____

8. Ihr höchster Schulabschluss?

- Haupt- / Volksschulabschluss
- Abschluss – Polytechnische Oberschule
- Realschulabschluss
- Fachabitur / Abitur
- abgeschlossenes (Fach-) Hochschulstudium

- sonstiges: _____

9. Ihr höchster erreichter Berufsabschluss:

- abgeschlossene Lehre
- Hochschulabschluss
- kein Berufsabschluss

10. Ihr aktueller beruflicher Status?

erwerbstätig

- selbstständig
- mithelfender Familienangehöriger
- Beamter/in Angestellte/r Arbeiter/in

erlernter Beruf: _____

aktuelle Tätigkeit: _____

nicht erwerbstätig

- Hausfrau/-mann
- arbeitslos, seit _____
- Rente (Früh-, Alters-, Witwenrente)
- Erwerbs / Berufsunfähigkeitsrente
- Studium / Schule
- sonstiges: _____

derzeit arbeitsunfähig

- nein
- ja, seit dem _____

11. Sind Sie berentet?

- nein
- ja, Altersrente
- ja, Zeitrente
- laufendes Rentenverfahren
- Rentenwunsch

12. Haben Sie Schulden?

- nein
- ja, ca. _____ €

13. Wurde schon einmal eine oder mehrere der folgenden Diagnosen bei Ihnen gestellt?

- Depression / Manie
- Schizophrenie
- Angststörung
- Suizidalität
- Abhängigkeitserkrankung
- Zwangsstörung
- Persönlichkeitsstörung
- Anpassungsstörung / Belastungsreaktion
- Essstörung
- selbstverletzendes Verhalten

sonstiges: _____

14. Waren Sie früher oder sind Sie derzeit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

- noch nie
- ja, früher: _____ (Jahr)
- ja, zurzeit in Behandlung bei:

_____ (Name)

15. Waren Sie früher oder aktuell in teilstationärer oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung? Bitte listen Sie die Einrichtungen auf:

_____ (Jahr)

_____ (Jahr)

_____ (Jahr)

_____ (Jahr)

_____ (Jahr)

16. Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

- Hausarzt
- Psychiater / Neurologe

16. Beschwerden in Ihrer Kinder- und Jugendzeit bis ca. 18. Lebensjahr:

Bitte unterstreichen Sie im Folgenden nur die Probleme, die in Ihrer Kindheit bzw. Jugend für einen längeren Zeitraum als drei Monate auftraten:

Haare ausreißen – Tics – Einnässen – Einkoten – Nägel knabbern – Anfallsleiden – Krämpfe – Schlafwandeln – nächtliches Schreien – Entwicklungsverzögerung – vorzeitige Entwicklung – Wachstumsstörung – Übergewicht – Untergewicht – Essstörung (Magersucht, Ess-Brech-Sucht usw.) – Selbstverletzungen – übertriebene Selbstbefriedigung – sexuelle Abweichungen – Stehlen – Lügen – Zündeln – von zu Hause Ausreißen – Schule schwänzen – Konzentrationsstörungen – Lese-, Rechen- oder Schreibstörungen – Lispeln – Stottern – Stimmeln – Poltern oder andere Sprachstörungen – Kopfschmerzen – Kreislaufbeschwerden – Magen-Darm-Beschwerden – Übelkeit – Missbrauch von Medikamenten – Alkoholkonsum – Rauchen – Drogenkonsum – Allergien – Atembeschwerden – Asthma – übertriebener Ehrgeiz – Leistungsschwankungen – Minderwertigkeitsgefühle – Kontaktprobleme zu anderen Menschen – Unselbständigkeit – Ängste – Zwänge – Ordnungsdrang – Schlampigkeit – Distanzlosigkeit – Kasperlverhalten – aggressives Verhalten – Trotz – Eifersucht – Selbstmordäußerungen – Traurigkeit

Sonstiges:

Beschwerden, die heute im **Erwachsenenalter** auf Sie zutreffen:

Bitte unterstreichen Sie im Folgenden die Probleme, die heute im Erwachsenenalter für einen längeren Zeitraum als drei Monate auftraten oder derzeit bestehen:

Schmerzen – Schlafstörungen – Arbeitsstörungen – Angst vor Menschen – Unsicherheit – Minderwertigkeitsgefühle – Erröten – Zittern – Schwitzen – Kloßgefühl – Angst vor Umweltzerstörung – Angst vor dem Alleinsein – wechselnde körperliche Beschwerden – sexuelle Probleme – Stimmungsschwankungen – grundlose anhaltende Traurigkeit – Selbstmordgedanken – Sprachstörungen – Panikzustände – Partnerschaftsprobleme – Tagträumen – Grübeln – Verfolgungsgedanken – Überempfindlichkeit – Katastrophenphantasien – Ohnmachtsanfälle – Angst vor Höhen – Angst in geschlossenen Räumen – Schuldgefühle – übertriebene Aufregung – Zukunftsängste – Hilflosigkeit – Selbstmordversuche – Prüfungsangst – häufiger Arbeitsplatzwechsel – Schwindel – Herzbeschwerden – körperliche Unruhe – Kopfschmerzen – Benommenheit – Bewegungsmangel – Magen-Darm-Beschwerden – Zwänge – Spielsucht – Arbeitssucht – Kontaktprobleme – Konflikte mit anderen – Ärger – Alkoholkonsum – Beruhigungsmittelkonsum – Schlaflosigkeit – Diäten – Drogenkonsum – Störungen des Essverhaltens – Lustlosigkeit – Überforderung – Unterforderung – Entscheidungsprobleme – finanzielle Probleme – Abhängigkeit von Substanzen – Einsamkeit – Konzentrationsschwierigkeiten – Gedächtnisprobleme – Antriebslosigkeit – Gewichtsverlust – Appetitverlust – unkontrollierte Wutausbrüche – Allergien – Asthma – Libidoverlust – Krankheiten

Sonstiges:

17. Was denken Sie, ist der Grund Ihrer aktuellen Beschwerden?

18. Gab es eine große Veränderung in Ihrem Leben vor Beginn der Beschwerden, oder gab es vor Beginn der Beschwerden eine hohe Belastung? Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

19. Was hat Ihnen in Ihrem Leben **am meisten Schwierigkeiten** bereitet?

20. Was war ausschlaggebend, dass Sie jetzt den **Entschluss zu einer Psychotherapie** gefasst haben?
Hat jemand den entscheidenden Anstoß gegeben? Wenn ja, wer und warum?

21. Was gibt es **Positives in Ihrem Leben**?

II. Aktuelle Lebenssituation

1. Haben Sie derzeit eine **Partnerschaft**?

Wenn ja, seit wann und wie würden Sie Ihre Partnerschaft beschreiben:

2. Wie würden Sie Ihre **Freundschaften** beschreiben (haben Sie viele Freundschaften oder wenige oder keine):

3. Wie verbringen Sie Ihre **Freizeit**? Haben Sie Hobbys, wenn ja, welche und wie oft beschäftigen Sie sich damit:

4. Hatten Sie schon einmal **Kontakt zur Polizei** (z.B. Führerscheinverlust). Gibt es aktuell laufende oder frühere Strafverfahren gegen Sie?

5. Wie würden Sie sich aktuell **selbst beschreiben** (bitte Adjektive benutzen)?

III. Lebensgeschichtliche Entwicklung

1. Familie und Bezugspersonen

Die nachfolgenden Fragen beziehen darauf, wie Sie aufgewachsen sind, zum Beispiel auf das Verhältnis zu wichtigen Personen in Ihrem Leben.

Mutter: Alter bei Ihrer Geburt: _____ Beruf: _____

Falls verstorben: Jahr _____ Todesursache: _____

Psychische **Erkrankungen Ihrer Mutter** (z.B., Alkoholismus, Selbstmordversuche, Depression usw.):

Wie würden Sie Ihre **Mutter beschreiben** (bitte Adjektive benutzen):

Wie würden Sie Ihre **Beziehung zu Ihrer Mutter** beschreiben:

Vater: Alter bei Ihrer Geburt: _____ Beruf: _____

Falls verstorben: Jahr _____ Todesursache: _____

Psychische **Erkrankungen Ihres Vaters** (z.B., Alkoholismus, Selbstmordversuche, Depression usw.):

Wie würden Sie Ihren **Vater beschreiben** (bitte Adjektive benutzen):

Wie würden Sie Ihre **Beziehung zu Ihrem Vater** beschreiben:

Wie war die **Beziehung zwischen den Eltern**:

Wie würden Sie generell das **Familienklima** beschreiben:

2. Lebensgeschichtliche Ereignisse

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge zur heutigen Symptomatik.

0-3 Jahre (z.B. Probleme in der Schwangerschaft der Mutter, Geburt, Ernährung, Stillen, frühkindliche Entwicklung, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen usw.):

3-6 Jahre (z.B. Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel usw.)

6-10 Jahre (z.B. Einschulung, Beziehung zu den Lehrern, Erziehern, zu Klassenkameraden usw.)

10-15 Jahre (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme, Leistung, körperliche Entwicklung usw.)

15-20 Jahre (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösungsprozess vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zum anderen Geschlecht, welche Rolle nahmen Sie in einer Gruppe Gleichaltriger ein usw.)

20-25 Jahre (z.B. Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbstständigkeit usw.)

Ab dem 25. Lebensjahr:

Gab es irgendwelche traumatischen, beängstigenden Erlebnisse, die für Ihr weiteres Sexualleben bestimmend wurden? (zutreffendes bitte nur ankreuzen): 0 Ja / 0 Nein

Gab es belastende Ereignisse oder erschwerende Umstände in Ihrem Leben (z.B. Tod einer Bezugsperson, Heimaufenthalte, Unfall, Raubüberfall usw.) (bitte zutreffendes nur ankreuzen): 0 Ja / 0 Nein

Haben Sie **Geschwister**? Wenn ja, wie viele (bitte Alter und Geschlecht angeben):

Wie ist Ihre **Beziehung zu Ihren Geschwistern**:

Bitte geben Sie an, welche der folgenden **Substanzen** Sie in den letzten fünf Jahren eingenommen haben und zur Zeit einnehmen:

| Was wird/wurde konsumiert? | Menge früher: | Menge heute: |
|---|---------------|--------------|
| Drogen (bitte nennen) | | |
| | | |
| | | |
| Alkohol (bitte nennen) | | |
| | | |
| | | |
| Beruhigungsmittel (bitte nennen) | | |
| | | |
| | | |
| Nikotin (bitte nennen) | | |
| | | |

Aktueller Medikamentenplan (bitte auch Bedarfsmedikation):

| Präparat | Dosis (mg) | morgens | mittags | abends | zur Nacht |
|----------|------------|---------|---------|--------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

